

Escuela de Enfermería de Zamora

Titulación: Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Título

**Cuidados de enfermería en un paciente
intervenido de hematoma subdural crónico**

Estudiante: Alonso de la Puente, Sandra

Tutor/a: Fermoso Palmero, María José

Fecha: 11 de Mayo del 2017

La profesora M^a José Fermoso Palmero en su calidad de tutora, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado “Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de hematoma subdural crónico”, realizado por Sandra Alonso de la Puente, cumple con los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Zamora, a 5 de Mayo de 2017

Fdo.: M^a José Fermoso Palmero

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de hematoma subdural crónico” para la asignatura urgencias y emergencias en el segundo cuatrimestre del curso académico 2016/2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

En Zamora a 5 de Mayo del 2017

Fdo.: Sandra Alonso de la Puente

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS.....	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
Historia clínica y descripción del caso	9
Valoración del caso clínico	9
Taxonomías	10
Búsqueda de información.....	10
Criterios de selección y exclusión.....	10
RESULTADOS	11
Valoración de las necesidades.....	11
Plan de cuidados.....	12
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	22
AGRADECIMIENTOS.....	22
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS.....	26
Anexo 1: Valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson	26
Anexo 2: Escala de Barthel	27
Anexo 3: Escala de Norton	30
Anexo 4. Riesgo de caídas, Escala de Downton	32
Anexo 5. Escala de coma de Glasgow	34

RESUMEN

Introducción: El hematoma subdural es una colección de sangre en el espacio virtual existente entre dos meninges. Puede producir importantes complicaciones a nivel neurológico y es labor de enfermería prevenir/mejorar aquellas derivadas de la hospitalización.

Objetivo: analizar la evolución de un paciente con hematoma subdural crónico antes y después de ser intervenido para su extirpación tras la aplicación de cuidados de enfermería específicos para este problema.

Material y métodos: estudio de caso único de un paciente con hematoma subdural crónico tras sufrir un traumatismo craneoencefálico por un síncope, consecuencia de una taquiarritmia que precisa implantación de marcapasos. Tras varios días, presenta episodios de desorientación y bradipsiquia. Se utilizó el modelo de Virginia Henderson junto con escalas específicas de enfermería para valorar las necesidades afectadas, a partir de las cuales se elaboró un plan de cuidados individualizado utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Resultados: los objetivos del plan iban orientados a mejorar aquellas necesidades alteradas a consecuencia de la inactividad musculoesquelética (comer-beber, eliminación, movilización, vestirse, higiene de la piel, seguridad y comunicación), además de prevenir complicaciones secundarias a la situación fisiopatológica.

Discusión: tras la aplicación del plan, el paciente no sufrió deterioro del estado de salud con el que ingresó y recuperó funciones que en ese momento había perdido pero que anteriormente al problema mantenía intactas.

Conclusiones: enfermería juega un papel fundamental en la educación para la salud y prevención de las complicaciones, siempre considerando que cualquier paciente hospitalizado necesitará apoyo psicológico tanto por parte del personal como de su familia o red de apoyo.

Palabras clave: hematoma subdural, caso clínico, intervención quirúrgica y cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El **hematoma subdural** es una colección de sangre en el espacio virtual existente entre dos meninges: duramadre y aracnoides. Puede ser de origen venoso o arterial y espontáneo o postraumático, si bien la mayoría se presentan tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) y pueden ser mortales¹. Se distinguen 3 tipos:

- **Agudo:** 1-3 días tras traumatismo craneal grave, pero puede presentar período ventana.
- **Subagudo:** 3-7 días.
- **Crónico:** 2-3 semanas tras el traumatismo desencadenante. Suelen ser traumatismos craneales leves o reiterados y son frecuentes en personas mayores que se caen con asiduidad y se lesionan la cabeza. Sus síntomas no se manifiestan inmediatamente y es posible que no se noten en varias semanas. Este tipo de hematomas son más fáciles de tratar que los agudos. Aun así, pueden suponer complicaciones mortales. Algunos hematomas subdurales crónicos se producen sin causa aparente^{1,2}.

A su vez un hematoma subdural puede ser **simple** (aquel que no se asocia con la lesión intraparenquimatosa) o **complicado** (que se asocia a una lesión parenquimatosa subyacente).

Este tipo de hematoma, aparece en 1/3 de los pacientes con TCE severo (valoración de la escala Glasgow menor de 9). La atrofia cerebral y los trastornos de la coagulación aumentan considerablemente el riesgo de sufrir esta lesión por lo que están más expuestos los ancianos (sobre todo los que sufren demencia), alcohólicos crónicos, pacientes con coagulopatías o en tratamiento anticoagulante y antiagregante y los hepatópatas.

Hasta en un 50% de casos de hematoma subdural crónico no se identifica con traumatismo previo, en muchas ocasiones son traumatismos muy leves, por lo que ni el paciente ni su familia los recuerdan en la anamnesis. En la infancia se encuentra asociado en ocasiones a los malos tratos y al síndrome del “niño agitado”¹.

Entre los **síntomas** que se pueden manifestar, destacan como los más graves^{2,3}:

- Dificultad o incapacidad para hablar.
- Cefaleas.
- Convulsiones.
- Pérdida del conocimiento o coma.
- Debilidad y entumecimiento (puede ser en varias partes del cuerpo).
- Problemas de la vista.

Para su **diagnóstico** se debe realizar una exploración física, analítica de sangre y pruebas de imagen como Tomografía Axial Computarizada (TAC) o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) ^{2,4}.

Respecto al **tratamiento**, para reducir la presión dentro del cerebro, se puede requerir una cirugía de emergencia. Como por ejemplo la perforación de un pequeño agujero en el cráneo para drenar la sangre y aliviar la presión en el cerebro (presión intracraneal o PIC). Puede ser necesario extraer los hematomas grandes o los coágulos sólidos de sangre a través de un procedimiento llamado craneotomía, con el cual se crea una abertura más grande en el cráneo (consiste en extirpar una parte de cráneo para evacuar el coágulo o hematoma, que se extrae por succión e irrigación). Los medicamentos que se pueden emplear dependen del tipo de hematoma subdural, de la gravedad de los síntomas y de la magnitud del daño cerebral que se haya presentado, pudiendo incluir ^{3,4}:

- Diuréticos y corticosteroides para reducir la hinchazón.
- Anticonvulsivos para prevenir o controlar las convulsiones.

Las **complicaciones** pueden presentarse poco tiempo después del traumatismo o, incluso, una vez que la lesión ha sido tratada. Pueden incluirse las siguientes ²:

- Hernia cerebral (o presión en el cerebro que desencadena el coma o la muerte).
- Convulsiones.
- Debilidad temporal o permanente, entumecimiento, dificultad para hablar.

- Síntomas como pérdida de la memoria, mareos, dolor de cabeza, ansiedad y dificultad de concentración.

El alcance de las complicaciones dependerá de la gravedad del traumatismo craneal que el paciente ha sufrido.

El grado de recuperación depende del tipo de traumatismo craneal y de su ubicación. El **pronóstico** depende del tipo y ubicación del traumatismo craneal, del tamaño de la acumulación de sangre y de la rapidez con que se inicie el tratamiento. Para los pacientes que presentan hematomas subdurales crónicos es bueno, sin embargo, aquellos con hematoma subdural agudo no tienen un pronóstico favorable.

Según el Departamento de Neurocirugía de la UCLA, alrededor del 50 al 90 por ciento de quienes padecen hematomas subdurales agudos mueren a causa de la afección o de las complicaciones que trae aparejadas. Quienes se recuperan, pueden tener convulsiones aun después de que se haya extraído el hematoma subdural ².

Es un problema importante que, si no se trata a tiempo, provoca secuelas graves o incluso la muerte, por ello es fundamental una rápida detección y actuación con conocimiento ya que este abordaje inmediato salvará la vida de un alto porcentaje de personas que lo sufran. Por esta razón los profesionales de enfermería encargados del seguimiento y la evolución de estos pacientes, juegan un papel fundamental en la detección de nuevos síntomas o cambios en los ya presentes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la evolución de un paciente con hematoma subdural crónico antes y después de ser sometido a intervención quirúrgica para su extirpación tras la aplicación de cuidados de enfermería específicos para este problema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar al paciente de estudio, identificando sus necesidades y principales problemas.
- Elaborar y ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) acorde a sus necesidades.
- Valorar los resultados esperados y los conseguidos tras la aplicación del PAE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio de caso único, retrospectivo, descriptivo y observacional de un paciente diagnosticado de hematoma subdural crónico que precisa cuidados de enfermería especializados para este de problema.

El motivo por el que se ha seleccionado a este paciente es por la complejidad del caso y debido a que apareció como un evento inesperado varios días después de la resolución del problema principal y sin evidencia de que el paciente presentase este problema.

HISTORIA CLÍNICA Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se lleva a cabo una recogida de datos a través de la realización de una encuesta al paciente y la revisión de la historia médica, bajo consentimiento verbal y escrito por parte del paciente.

La descripción del sujeto es la siguiente:

“Varón de 82 años que acude a urgencias tras un traumatismo craneoencefálico por un síncope consecuencia de una taquiarritmia que precisa implantación de marcapasos. En el primer TAC que se realiza al paciente no presenta alteraciones, pero tras unos días dado de alta, comienza con episodios de desorientación y bradipsiquia. Se realiza otro TAC en el que ya se observa la presencia de un hematoma subdural crónico fronto-temporo-parieto-occipital izquierdo y es necesaria una intervención quirúrgica para su extirpación. El paciente tiene que dejar de tomar su anticoagulante por aportar más riesgos que beneficios.”

VALORACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó siguiendo el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson utilizado en el servicio donde el paciente fue intervenido, realizando una valoración cuando ingresa y otra cuando es dado de alta, para valorar la evolución (Anexo 1). También se utilizó la Escala de Barthel (Anexo 2)⁵, Escala de Norton (Anexo 3)⁶, la Escala de Riesgo de caídas de Downton (Anexo 4)⁷ y la Escala de coma de Glasgow (Anexo 5)⁸.

TAXONOMÍAS

Se ha utilizado la taxonomía NANDA para los diagnósticos de enfermería, la taxonomía NIC para intervenciones/ actividades y la clasificación NOC para citar los criterios de resultados después de la fase de ejecución, a partir de la cual se ha fijado la base para definir los objetivos en la planificación.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos electrónicas como la revista virtual Healthline, MedlinePlus y la unidad de neurocirugía online (UN), utilizando las palabras “hematoma subdural, caso clínico, intervención quirúrgica y cuidados de enfermería”.

También el portal en línea NNNconsult⁹ y documentos en papel, como un manual de urgencias.

CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EXCLUSIÓN

Los requisitos que debía de cumplir el paciente para ser el objeto de estudio eran los siguientes:

- Haber sufrido un TCE con el posterior hematoma subdural.
- Haber sido intervenido por parte de neurocirugía de este problema.
- Estar ingresado.

RESULTADOS

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

Se realizó la valoración de las necesidades utilizando las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (anexo 1) y la Escala de Barthel (anexo 2) del paciente con hematoma subdural crónico (puntuación pre quirúrgica de la Escala Barthel de 50, dependencia moderada).

1. Respiración: el paciente en el momento de ingreso en la unidad de neurocirugía se encuentra eupneico, manteniendo una saturación superior al 95 %. Fumador.
2. Comer y beber: al ingreso, debido al hematoma subdural, presenta lentitud de movimientos y ligeros mareos, por lo que precisa una ayuda total para alimentarse, al igual que para otras necesidades que se describen a continuación.
3. Eliminación: al ingreso precisa de una ayuda total basada en unos cuidados específicos del paciente encamado. No incontinencia fecal ni urinaria. Micción espontánea, de aspecto ámbar y una frecuencia aproximada de cinco veces diarias. No nicturia ni disuria. Deposiciones normales en cuanto a color y frecuencia.
4. Movilización: paciente encamado que al ingreso presenta bradipsiquia, lo cual interfiere en su autonomía para la movilización y por lo tanto limita la funcionalidad. Con ayuda es capaz de moverse de la cama al sillón.
5. Reposo y sueño: paciente con un sueño suficiente y reparador sin precisar apoyo medicamentoso.
6. Vestirse: al ingreso necesita una ayuda total para esta necesidad.
7. Temperatura: normotérmico.
8. Higiene y piel: al ingreso la piel se encuentra hidratada, con la herida craneal a consecuencia del síncope sufrido con anterioridad, que precisará unos cuidados de enfermería específicos. Al ser un paciente encamado, presenta un

riesgo de úlceras por presión, valorado a través de la Escala Norton (anexo 3. Puntuación de 12, riesgo medio de úlceras por presión).

9. Seguridad: el paciente presenta riesgo de caídas por la edad, medicación habitual y alteraciones visuales. Valoración a través de la Escala de riesgo de caídas de Downton (anexo 4. Puntuación pre quirúrgica de 7, riesgo alto).
10. Comunicación: paciente que ingresa desorientado, con episodios de pérdida del habla y no reconocimiento de los familiares, todo ello a consecuencia del hematoma subdural. Valoración a través de la escala de coma de Glasgow (anexo 5. Puntuación pre quirúrgica de 12, TCE con daño cerebral moderado).
11. Creencias y valores: al ingreso no son valorables.
12. Trabajar y realizarse: tiene familia que le apoya y le ayuda.
13. Actividades lúdicas: al ingreso no es valorable.
14. Aprendizaje: muestra disposición para el aprendizaje.

PLAN DE CUIDADOS

A continuación se exponen los diagnósticos de enfermería (DdE) más adecuados para este caso clínico según la taxonomía II, que expone un sistema multiaxial denominado NANDA-II y las correspondientes NIC y NOC con sus actividades y criterios de resultados:

DdE 00040 Riesgo de síndrome de desuso r/c alteración del nivel de conciencia e inmovilidad prescrita del paciente quirúrgico m/p riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión y dificultad en la realización de algunas de las ABVD.

OBJETIVO: el estado del paciente no sufrirá deterioro a consecuencia de la inactividad musculoesquelética o inmovilización prescrita y mejorará todas aquellas necesidades que se encuentren alteradas a través de la aplicación de determinadas actividades enfermeras.

- **NOC 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.**

INDICADORES NOC:

- Evaluación del NOC 20401 úlceras por presión desde 1 (grave) hasta 5 (ninguna úlcera por presión o UPP). Estado inicial: 5 (ninguno). Se realizarán intervenciones con actividades específicas para conseguir que el estado final siga siendo el mismo, 5 (ninguna UPP). Resultado al alta: 5 (ninguna UPP).
- Evaluación del NOC 20404 estado nutricional desde 1 (gravemente comprometido) hasta 5 (no comprometido). Estado inicial: 4 (levemente comprometido). Estado esperado: 5 (no comprometido). Resultado al alta: 5 (no comprometido).
- Evaluación de los NOC 20411 fuerza muscular y 20412 tono muscular desde 1 (gravemente comprometido) hasta 5 (no comprometido). Estado inicial de ambos indicadores: 4 (levemente comprometida). Estado esperado: 5 (no comprometida). Resultado al alta: 4 (levemente comprometida).

INTERVENCIONES NIC:

- NIC 740 Cuidados del paciente encamado.

Actividades: colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado, evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas, mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel, realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos, ayudar con las actividades de la vida diaria, ayudar con las medidas de higiene, monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej., hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).

- NIC 3540 Prevención de úlceras por presión.

Actividades: utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Escala de Norton), registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario cualquier zona intacta o enrojecida, eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la

transpiración y el drenaje de heridas, aplicar barreras de protección (como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad), inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos o fuentes de presión/fricción al cambiar de posición al menos una vez al día, aplicar protectores para los codos y los talones, una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso, enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel.

- NIC 4120 Manejo de líquidos.

Actividades: controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria realizando un registro preciso de entradas y salidas, vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria), monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles del PVC y PAM, observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis).

- o **NOC 0912 Estado neurológico: consciencia.**

INDICADORES NOC

- Evaluación del NOC 91201 abre los ojos a estímulos externos desde 1 (gravemente comprometido) hasta 5 (no comprometido). Estado inicial: 4 (levemente comprometido). Estado esperado: 5 (no comprometido). Resultado al alta: 5 (no comprometido).
- Evaluación del NOC 91202 orientación cognitiva desde 1 (gravemente comprometido) hasta 5 (no comprometido). Estado inicial: 2 (sustancialmente comprometido). Estado esperado: 5 (no comprometido). Resultado al alta: 5 (no comprometido).
- Evaluación del NOC 91203 comunicación apropiada a la situación desde 1 (gravemente comprometido) hasta 5 (no comprometido). Estado inicial: 2

(sustancialmente comprometido). Estado esperado: 5 (no comprometido).
Resultado al alta: 5 (no comprometido).

- Evaluación del NOC 91204 obedece órdenes 1 (gravemente comprometido) hasta 5 (no comprometido). Estado inicial: 3 (moderadamente comprometido). Estado esperado: 5 (no comprometido). Resultado al alta: 5 (no comprometido).
- Evaluación del NOC 91206 atiende a los estímulos ambientales 1 (gravemente comprometido) hasta 5 (no comprometido). Estado inicial: 3 (moderadamente comprometido). Estado esperado: 5 (no comprometido). Resultado al alta: 5 (no comprometido).

INTERVENCIONES NIC

- NIC 2590 Monitorización de la presión intracraneal (PIC).

Actividades: registrar las lecturas de presión de la PIC, colocar al paciente con la cabeza y con el cuello en posición neutra evitando la flexión extrema de la cadera, espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la PIC y prevenir el desplazamiento del dispositivo.

- NIC 2620 Monitorización neurológica.

Actividades: comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas, vigilar el nivel de consciencia, comprobar el nivel de orientación, vigilar las tendencias en la escala del coma de Glasgow, monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones, observar si hay trastornos visuales: diplopía, nistagmo, escotomas visuales, visión borrosa y agudeza visual, observar si el paciente refiere cefalea, comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos, vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras y observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos.

- **NOC 1902 Control del riesgo.**

INDICADORES NOC

- Evaluación del NOC 190201 reconoce los factores de riesgo personales desde 1 (nunca demostrado) hasta 5 (siempre demostrado). Estado inicial: 3 (a veces demostrado). Estado esperado: 5 (siempre demostrado). Resultado al alta: 5 (siempre demostrado).
- Evaluación del NOC 190207 sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas desde 1 (nunca demostrado) hasta 5 (siempre demostrado). Estado inicial: 3 (a veces demostrado). Estado esperado: 5 (siempre demostrado). Resultado al alta: 5 (siempre demostrado).
- Evaluación de los NOC 190216 reconoce cambios en el estado general de salud y 190217 controla los cambios en el estado general de salud desde 1 (nunca demostrado) hasta 5 (siempre demostrado). Estado inicial: 3 (a veces demostrado). Estado esperado: 5 (siempre demostrado). Resultado al alta: 5 (siempre demostrado).
- Evaluación del NOC 190220 identifica los factores de riesgo desde 1 (nunca demostrado) hasta 5 (siempre demostrado). Estado inicial: 3 (a veces demostrado). Estado esperado: 5 (siempre demostrado). Resultado al alta: 5 (siempre demostrado).

INTERVENCIONES NIC

- NIC 5510 Educación para la salud.

Actividades: identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables, ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios, priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas, centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos, implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.

- NIC 6610 Identificación de riesgos.

Actividades: mantener los registros y estadísticas precisos, identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones, determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria, comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo, planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

- NIC 6486 Manejo ambiental.

Actividades: identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente, identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos), utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas.

- NIC 6540 Control de infecciones.

Actividades: cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro, lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes y ordenar a las visitas que realicen el lavado al entrar y salir de la habitación, limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado, garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas, asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada, fomentar una respiración y tos profunda, una ingesta nutricional y de líquidos adecuada, fomentar el reposo, instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección, cuándo se deben notificar al cuidador y como evitarla.

❖ ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN

- NIC 1800 Ayuda con el autocuidado¹⁰.

Actividades: comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente, observar la necesidad de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse, animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad, enseñar a la familia/cuidadores a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada y proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

- NIC 7310 Cuidados de enfermería al ingreso¹⁰.

Actividades: presentarse a sí mismo y su función en los cuidados, orientar al paciente/familia/allegados sobre las expectativas de los cuidados y en las instalaciones del centro, obtener la historia al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias, realizar la valoración física, psicosocial y de riesgo en el momento del ingreso, documentar la información pertinente, mantener la confidencialidad de los datos del paciente y establecer el plan de cuidados, los diagnósticos de cuidados de enfermería, resultados e intervenciones.

- NIC 5270 Apoyo emocional.

Actividades: comentar la experiencia emocional con el paciente, abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo, ayudar al paciente a reconocer y expresar sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza, proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo, favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional, permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad y proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

- NIC 5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria.

Actividades: establecer una buena relación con empatía, cordialidad, espontaneidad, organización, paciencia y persistencia, determinar las necesidades de aprendizaje de habilidades para la vida diaria del paciente, familia o cuidadores, potenciar la motivación mediante el establecimiento de

metas asequibles progresivas, proporcionar un ambiente propicio para el aprendizaje, utilizar tareas para practicar y mejorar la aplicación de las nuevas habilidades en situaciones de la vida real e incluir a la familia u otros allegados.

❖ **REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS**

- NIC 4200 Terapia intravenosa (IV).

Actividades: realizar una técnica aséptica estricta, examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y características de la solución y que no haya daños en el envase, comprobar las cinco reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones, determinar si el paciente está tomando alguna medicación que sea incompatible con la medicación prescrita, administrar medicamentos IV, según prescripción, y observar los resultados, sustituir el sistema IV, los aparatos o la solución de infusión cada 48-72 horas, realizar los cuidados del sitio de punción IV y documentar la terapia prescrita.

DISCUSIÓN

En el transcurso del estudio de este caso clínico se ha podido observar que realizar un correcto plan de cuidados de enfermería es muy beneficioso para la salud del paciente, ya que permite organizar las intervenciones sobre el enfermo de una manera metodológica y efectiva para evitar las complicaciones derivadas de esta intervención quirúrgica.

Tanto es así que, tras analizar las 14 necesidades de Virginia Henderson al ingreso y al alta, se ha observado una mejora de aquellas que estaban ligera o moderadamente afectadas:

- Comer y beber, eliminación, movilización y vestirse: al ingreso ha precisado de una ayuda total para realizar estas actividades, pero al alta, a través de unas actividades e intervenciones de enfermería, ha recuperado su autonomía.
- Higiene y piel: este paciente presentaba un riesgo medio de padecer úlceras por presión (UPP), valorado con la escala Norton. Tras la aplicación de unos cuidados específicos para evitar su aparición, al alta su piel se mantiene íntegra y bien hidratada sin presencia de ninguna úlcera o herida secundaria a permanecer encamado, pero con la incisión quirúrgica para la resolución del motivo de ingreso que será tratada en su centro de salud.
- Seguridad: se valoró el riesgo de caídas a través de la Escala de riesgo de caídas de Downton, arrojando al ingreso una puntuación mayor que al alta. En ambos casos, el riesgo era alto debido a la edad, medicación habitual y alteraciones visuales, aunque era mayor en el ingreso por su patología.
- Comunicación: a través de la valoración de la escala de coma de Glasgow, al ingreso presenta un TCE con daño cerebral moderado. Posteriormente, tras la cirugía y la aplicación de actividades e intervenciones de enfermería, el Glasgow disminuye a TCE con daño cerebral menor.

Respecto a los indicadores NOC utilizados para este caso clínico y a través de la realización de diversas intervenciones y actividades de enfermería, el resultado final al alta ha sido el siguiente:

- Se ha colocado un colchón antiescaras, mantenido la ropa limpia, seca y sin arrugas, cambios posturales cada 2 horas, aplicación de barreras de protección (pomadas, cremas y apósitos) para evitar las UPP, objetivo que se ha conseguido demostrado a través de la no aparición de úlceras (puntuación de 5, ninguna).
- Su estado nutricional ha mejorado gracias a la ayuda prestada para realizar las actividades de la vida diaria y la administración de suplementos hasta una puntuación de 5 (no comprometido).
- La fuerza muscular y el tono muscular no se ha conseguido llegar al estado esperado, se mantiene en el mismo estado en que ingresó (4, levemente comprometido).
- Respecto al estado neurológico, el paciente recupera hasta una puntuación de 5 (no comprometido) las funciones afectadas como son abrir los ojos a estímulos externos, orientación cognitiva, comunicación apropiada a la situación, obedecer órdenes, atender a estímulos ambientales y estado de coma. Para un preciso registro y valoración de los mismos se ha monitorizado al paciente y se ha realizado una exploración diaria de todos estos parámetros.
- Para el control del riesgo, el paciente al alta se encuentra con una puntuación de 5 (siempre demostrado) donde él mismo junto con su familia reconocen los factores de riesgo personales, siguen las estrategias de control de riesgo, reconocen y controlan los cambios en el estado general de salud e identifican los factores de riesgo.

LIMITACIONES: en este trabajo ha sido imposible localizar datos estadísticos sobre la incidencia del hematoma subdural crónico tanto en España como en otros países.

Respecto a la obtención de información acerca del paciente, no ha habido ningún tipo de limitación puesto que siempre que se ha necesitado, la familia y el paciente han estado dispuestos a proporcionarla. No se ha encontrado ningún otro artículo que refleje claramente la aplicación de un PAE en un paciente encamado y los resultados obtenidos al alta.

CONCLUSIONES

Tras haber realizado el plan de cuidados y analizados los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

- El análisis y la elaboración de un plan de cuidados adecuado a cada paciente (en función de su patología o problema, situación clínica, edad...) es el pilar fundamental para satisfacer sus necesidades y ayudar a una buena recuperación.
- Es necesario visualizar al paciente de una manera holística, no solo centrándose en su patología, sino en los problemas derivados de ella, sobre todo lo relacionado con la esfera psicológica, pues esta puede desequilibrar cualquier parámetro.
- La PREVENCIÓN es el primer escalón en la cadena del cuidado de cualquier paciente y cuando ésta no haya sido eficaz o no se haya podido abordar como primera opción, se comenzará con el tratamiento.
- La educación del paciente y de la familia es esencial y es labor de la enfermería enseñar correctamente para prevenir riesgos y complicaciones.

AGRADECIMIENTOS

Ha sido uno honor para mí cursar este grado y a la vez un sueño prácticamente cumplido. Realizar este trabajo supone el fin de esta etapa de mi vida y el comienzo de muchas como enfermera. No hubiera sido posible sin todas aquellas personas que han estado día a día a mi lado y en el de mis compañeros/as, con paciencia y perseverancia, educándonos en una profesión vocacional, que requiere una formación específica, nos proporciona autonomía y nos lleva a asumir responsabilidades.

Es por ello que quiero agradecer:

- A mi tutora María José Feroso Palmero la paciencia que ha tenido conmigo y sobre todo la gran ayuda que me ha proporcionado.
- Al paciente objeto de este trabajo y sus familiares, por toda la información aportada y por haber permanecido siempre dispuestos a cualquier tipo de pregunta.
- Y como no, a la Escuela de enfermería de Zamora. Sin todos sus miembros ni esta carrera ni el trabajo hubiera sido posible.

¡¡GRACIAS!!

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodrigo V, Oroz L, Rivas M, Claramonte M. Hematoma subdural. Manual de urgencias. 3ª edición revisada. Zaragoza: Panamericana; 2015. p. 660-3.
2. Kahn A. Subdural hematoma. Healthline [Internet]. 20 Ago 2012 [Citado 18 Feb 2017]. Disponible en: <http://es.healthline.com/health/hematoma-subdural>
3. Hematoma subdural. MedlinePlus [Internet]. 30 May 2016 [Citado 18 Feb 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000713.htm>
4. García de Sola R. Hematoma subdural. UN [Internet]. 23 Feb 2017 [Citado 25 Feb 2017]. Disponible en: <http://neurorgs.net/informacion-al-paciente/patologia-craneoencefalica/hematoma-subdural/>
5. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Autonomía para las actividades de la vida diaria-Barthel. [Internet]. [Citado 27 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>
6. Observatorio metodología enfermera. FUDEN. Valoración del riesgo de úlceras por decúbito - Escala de Norton. [Internet]. [Citado 27 Mar 2017]. Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/novedad_test_norton.pdf
7. Sanitas. Escala Downton ante el Riesgo de caídas. [Internet]. [Citado 27 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html>
8. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Medición de signos neurológicos (Escala de Glasgow) [Internet]. 1 Jul 2011 [Citado 27 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>
9. Elsevier. NNNconsult. [Internet]. [Citado 27 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ezproxy.usal.es/>

10. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Plan de cuidados estándar: ictus. [Internet]. [Citado 27 Mar 2017]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfermeria/ictus.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Pre y Post-cirugía.

PRE-CIRUGÍA	Respiración	Eupneico	POST-CIRUGÍA (al alta)	Eupneico
	Comer y beber	Con ayuda total		Independiente
	Eliminación	Con ayuda parcial		Continente
	Movilización	Con ayuda total		Con ayuda parcial
	Reposo y sueño	Independiente		Independiente
	Vestirse	Con ayuda total		Independiente
	Temperatura	Normal		Normal
	Higiene y piel	Piel hidratada, herida craneal. Riesgo de úlceras por presión (UPP)		Piel hidratada, herida craneal.
	Seguridad	Riesgo de caídas		Riesgo de caídas
	Comunicación	Desorientado		Orientado
	Creencias y valores	No valorable		Implicación en sus cuidados
	Trabajar y realizarse	Tiene familia o red social de apoyo		Tiene familia o red social de apoyo
	Actividades lúdicas	No valorable		Tiene aficiones de entretenimiento
	Aprendizaje	Muestra disposición para el aprendizaje		Muestra disposición para el aprendizaje

Anexo 2: Escala de Barthel.

PUNTUACIÓN	CLASIFICACIÓN
< 20	Dependencia total
20-35	Dependencia severa
40-55	Dependencia moderada
60-95	Dependencia leve
100	Independencia

Valoración pre quirúrgica

COMER	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente
LAVARSE	
5	Independiente
0	Dependiente
VESTIRSE	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente
ARREGLARSE	
5	Independiente
0	Dependiente

DEPOSICIONES	
10	Continente
5	Incontinencia ocasional
0	Incontinente
MICCIÓN	
10	Continente
5	Incontinencia ocasional
0	Incontinente
USO DEL RETRETE	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente

TRASLADARSE DESDE LA CAMA AL SILLÓN	
15	Independiente
10	Mínima ayuda
5	Gran ayuda
0	Dependiente
DEAMBULAR	
15	Independiente
10	Necesita ayuda
5	En silla de ruedas
0	Dependiente
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente

RESULTADO: 50 puntos, dependencia moderada.

Valoración postquirúrgica (al alta)

ALIMENTACIÓN		DEPOSICIONES		TRASLADARSE DESDE LA CAMA AL SILLÓN	
10	Independiente	10	Continente	15	Independiente
5	Necesita ayuda	5	Incontinencia ocasional	10	Mínima ayuda
0	Dependiente	0	Incontinente	5	Gran ayuda
BAÑO		MICCIÓN		0	Dependiente
5	Independiente	10	Continente	DEAMBULAR	
0	Dependiente	5	Incontinencia ocasional	15	Independiente
VESTIRSE		0	Incontinente	10	Necesita ayuda
10	Independiente	RETRETE		5	En silla de ruedas
5	Necesita ayuda	10	Independiente	0	Dependiente
0	Dependiente	5	Necesita ayuda	SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
ARREGLARSE		0	Dependiente	10	Independiente
5	Independiente			5	Necesita ayuda
0	Dependiente			0	Dependiente

RESULTADO: 90 puntos, dependencia leve.

Anexo 3: Escala de Norton.

PUNTUACIÓN	CLASIFICACIÓN
5-9	Riesgo alto
10-12	Riesgo medio
13-16	Riesgo bajo
>16	No riesgo

Valoración prequirúrgica.

	Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
3	Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional
2	Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal
1	Muy malo	Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal

RESULTADO TOTAL: 12, Riesgo medio.

Valoración postquirúrgica (al alta).

	Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
3	Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional
2	Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal
1	Muy malo	Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal

RESULTADO TOTAL: 13, Riesgo bajo.

Anexo 4. Riesgo de caídas, Escala de Downton. Valoración pre quirúrgica.

Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos (marcar uno a uno todos los que tome)	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales (marcar uno a uno los que presente)	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus, enfermedad neurológica...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

Puntuación igual o mayor a 3: Riesgo alto

Resultado: 7, riesgo alto.

Valoración postquirúrgica.

Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos (marcar uno a uno todos los que tome)	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales (marcar uno a uno los que presente)	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus, enfermedad neurológica...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

Resultado: 6, riesgo alto.

Anexo 5. Escala de coma de Glasgow.

Glasgow < 8	TCE grave en coma y con daño cerebral severo
Glasgow 9-12	TCE con daño cerebral moderado
Glasgow 13-15	TCE con daño cerebral menor

Valoración prequirúrgica.

Apertura ocular		Respuesta verbal		Respuesta motora	
Espontánea	4	Orientada	5	Órdenes	6
Órdenes	3	Confusa	4	Localiza el dolor	5
Estímulo doloroso	2	Inapropiada	3	Retira el dolor	4
Ninguna	1	Incomprensible	2	Flexión	3
		Ninguna	1	Extensión	2
				Ninguna	1

RESULTADO: 12 TCE con daño cerebral moderado.

Valoración postquirúrgica.

Apertura ocular		Respuesta verbal		Respuesta motora	
Espontánea	4	Orientada	5	Órdenes	6
Órdenes	3	Confusa	4	Localiza el dolor	5
Estímulo doloroso	2	Inapropiada	3	Retira el dolor	4
Ninguna	1	Incomprensible	2	Flexión	3
		Ninguna	1	Extensión	2
				Ninguna	1

RESULTADO: 15 TCE con daño cerebral menor.